Recovery Kernel

PROTOCOLE DE SEVIDANCE : OPIOÏDES

Ce n'est pas le sevrage qui tue les gens. C'est ce qui vient après.

Ce guide est construit autour d'une distinction qui doit venir en premier, car l'inverser coûte des vies : le sevrage aux opioïdes lui-même ne vous tuera pas dans la plupart des cas. C'est l'une des expériences physiquement les plus misérables de toute cette série, mais elle est rarement fatale en soi. Ce qui tue, c'est ce qui arrive après — un retour à une dose antérieure par un corps qui a perdu la tolérance qu'il avait lorsque cette dose semblait normale. Ce seul fait réorganise presque tout le reste de ce guide, et c'est pourquoi le traitement assisté par médicaments (MAT) est au centre de plutôt qu'en marge.

Section 0 — Sécurité Immédiate : Lire Ceci en Premier

URGENCE MÉDICALE

LE MOMENT DE RISQUE LE PLUS ÉLEVÉ EN RÉCUPÉRATION DES OPIOÏDES N'EST PAS LE SEvrage. C'EST LA RECHUTE APRÈS UNE PÉRIODE D'ABSTINENCE. Une personne qui arrête de consommer et qui revient ensuite à sa dose habituelle se dose avec la tolérance de quelqu'un qui n'a jamais utilisé d'opioïdes, tout en s'attendant à l'effet de quelqu'un qui utilisait régulièrement. C'est le mécanisme le plus fréquent de décès par surdose d'opioïdes, et il s'applique avec une force encore plus grande maintenant que l'approvisionnement illicite est largement contaminé au fentanyl — voir la Section 6.

Appelez immédiatement le 112 et utilisez du Naloxone si disponible, pour :

- Respiration lente, superficielle ou arrêtée
- Lèvres ou bouts de doigts bleus ou gris
- Inconscience ou incapacité à se réveiller
- Bruits de gargouillement ou d'étouffement pendant la respiration

⚠ ATTENTION

Naloxone (Narcan) inverse la surdose d'opioïdes et est disponible sans ordonnance dans la plupart des pharmacies aux États-Unis, souvent gratuitement par le biais d'organisations de réduction des risques. Le fait qu'il soit accessible — pour vous-même ou pour toute personne de votre foyer ayant un historique d'utilisation d'opioïdes, passé ou présent — n'est pas un signe que l'on s'attend à un échec. C'est

exactement la même catégorie de précaution qu'un extincteur : quelque chose que l'on espère ne jamais utiliser et que l'on garde quand même.

SANCTUAIRE

Les symptômes physiques du sevrage aux opioïdes en soi — décrits à la Section 2 — sont graves et vraiment misérables, mais pour la plupart des gens sans autres problèmes de santé graves, ils ne sont pas menaçants pour la vie par eux-mêmes. La surveillance médicale pendant le sevrage existe principalement pour réduire suffisamment la souffrance afin qu'une personne ne rechute pas dans le danger décrit ci-dessus, et non parce que le sevrage lui-même nécessite généralement une intervention d'urgence. Connaître cette distinction ne rend pas le processus plus facile, mais cela change ce qu'il faut réellement craindre, et quand.

Section 1 — Pourquoi ce guide se concentre sur la MOUD

Le traitement assisté par médicaments — buprenorphine, méthadone ou naltrexone — est, selon une vaste base de preuves, l'intervention la plus efficace disponible pour le trouble lié à l'usage d'opioïdes. Ce guide affirme que directement et sans les hésitations que certains matériaux de rétablissement lui appliquent encore : le MAT n'est pas une forme de rétablissement moindre, une béquille ou « toujours dépendant de quelque chose ». C'est une intervention médicale qui sauve des vies avec des données de réduction de la mortalité qu'peu d'autres traitements de dépendance peuvent égaler. Le travail de rétablissement mené parallèlement au MAT — le travail biologique, environnemental et identitaire des Sections 8 et 9 — y est additif, pas un alternative à ça.

LE CENTURION

Si on vous a dit, par un programme ou une personne, que le MAT signifie que vous « n'êtes pas vraiment sobre », ce cadrage n'est pas étayé par les preuves et coûte des vies. La mesure qui compte est la survie et le fonctionnement, pas quelles molécules spécifiques sont ou ne sont pas présentes dans le système d'une personne.

Section 2 — Le calendrier du sevrage

Chronologie	Qu'est-ce qui se passe	Ce à quoi s'attendre	Que faire
Heures 6 à 24 (début, varie selon la demi-vie de l'opioïde)	Occupation des récepteurs opioïdes en baisse ; le système est parti sans son entrée attendue	Anxiété, courbatures, transpiration, bâillements, nez qui coule, agitation précoce	L'initiation au MAT, si elle est poursuivie, commence souvent dans cette fenêtre — la bupyrénorphine

Chronologie	Qu'est-ce qui se passe	Ce à quoi s'attendre	Que faire
			nécessite spécifiquement que la personne soit déjà en sevrage léger à modéré avant la première dose pour éviter de précipiter un sevrage plus sévère.
Jours 1 à 3 (symptômes physiques au pic)	Syndrome de sevrage complet actif ; c'est l'étirement physique le plus difficile.	Nausées, vomissements, diarrhée, crampes abdominales, pupilles dilatées, frissons alternant avec des sueurs, douleurs musculaires et osseuses sévères, insomnie	La surveillance médicale ou le MAT réduit fortement cette sévérité. C'est également la fenêtre de risque la plus élevée pour quelqu'un qui décide que la souffrance n'est pas supportable et reprend l'usage à une dose maintenant dangereuse — voir Section 0.
Jours 3-10 (résolution physique post-aiguë, symptômes psychologiques au pic)	Sevrage physique en cours ; systèmes d'endorphine et de dopamine à leur point le plus bas	Dépression profonde, anhédonie, brutalité émotionnelle, insomnie persistante, fringales persistantes, certains symptômes physiques qui persistent.	Le complément complet commence (Section 9). Faites de l'exercice dès que physiquement possible, même une courte marche. La gestion du sommeil est l'un des prédicteurs les plus solides pour éviter la rechute précoce — donnez-lui la priorité directement.
Semaines 1-4	Systèmes d'endorphine et de	Amélioration progressive avec une	Protocole complet en cours

Chronologie	Qu'est-ce qui se passe	Ce à quoi s'attendre	Que faire
	dopamine en lente récupération ; les récepteurs opioïdes commencent à réguler positivement	variabilité réelle d'un jour à l'autre ; épisodes de PAWS probables ; volatilité émotionnelle ; fringales épisodiques mais puissantes	d'exécution. La connexion communautaire est plus importante qu'il ne semble — l'isolement est l'un des prédicteurs de rechute les plus forts dans ce rétablissement spécifique.
Mois 1-6	Augmentation significative des récepteurs ; systèmes dopaminergique et endorphinique en reconstruction active ; l'hyperalgésie induite par les opioïdes (sensibilité accrue à la douleur due aux opioïdes eux-mêmes) se résorbe	Amélioration progressive et réelle ; retour de moments de plaisir naturel authentique ; normalisation de la sensibilité à la douleur	C'est ici que le travail devient durable plutôt que pure survie. Le travail sur l'identité (Section 9) est approprié ici, pas avant.
Mois 6-18+	La densité des récepteurs mu-opioïdes est substantiellement récupérée ; le système endorphine produit à nouveau un confort naturel et un lien social.	Plaisir et connexion naturels accessibles sans soutien chimique ; épisodes de PAWS rares ; fringales contextuelles plutôt que constantes	Rétablissement complet du système endorphine pour la plupart des gens d'ici 12 à 18 mois de rétablissement soutenu, que ce rétablissement comprenne ou non le MARD.

Section 3 — Combien de temps avant que le cerveau ne soit réellement revenu à la normale

La récupération complète de la densité des récepteurs mu-opioïdes prend, pour la plupart des gens, 12 à 18 mois de rétablissement soutenu — un calendrier cohérent avec les autres substances à longue période de récupération de cette série. Le syndrome de sevrage post-aigu (PAWS) peut spécifiquement durer de 18 à 24 mois, et pour la récupération impliquant spécifiquement le fentanyl, cette

fenêtre pourrait encore être plus longue, compte tenu de la puissance exceptionnelle de liaison aux récepteurs du fentanyl par rapport aux autres opioïdes.

Être écouté

Si vous êtes à huit mois et que vous recevez encore des vagues de PAWS — anxiété soudaine, une envie sans déclencheur évident, un stretch gris plat de jours — ce n'est pas la preuve que le travail ne fonctionne pas. C'est exactement là où le calendrier honnête vous place. La ligne d'arrivée ici est mesurée sur plus d'un an, et savoir cela à l'avance est censé changer ce que représente un difficile huitième mois, pas faire disparaître le difficile mois.

Section 4 — Ce que vous êtes le plus susceptible de vivre

- Une anhédonie spécifique et profonde durant les premières semaines — la nourriture, la musique, les personnes que vous aimez apparaissent comme plates plutôt que significatives, car les systèmes d'endorphine et de dopamine occupés par les opioïdes sont au niveau biologique réel le plus bas.
- Sensibilité accrue à la douleur (hyperalgésie induite par les opioïdes) — un phénomène réel et documenté où le système nerveux devient temporairement plus sensible à la douleur qu'avant même le début de l'utilisation d'opioïdes, pendant qu'il se recalibre. Cela se résout au fil du temps dans la Section 2 et la Section 3, mais c'est désorientant pendant que cela se produit.
- Un sommeil difficile à reconstruire, souvent le prédicteur unique le plus fort de savoir si une rechute précoce se produit — mérite d'être traité aussi sérieusement que toute autre partie de ce rétablissement.
- Des fringales qui peuvent arriver sans déclencheur évident, particulièrement pendant les vagues de PAWS — c'est neurobiologique, pas un signe d'engagement insuffisant.
- Un sentiment prononcé de déconnexion sociale ou de solitude chez les porteurs du gène G-allèle OPRM1 spécifiquement (Section 5) — le même récepteur qui médie la récompense opioïde médie également le lien social basé sur les endorphines, donc son épuisement peut ressembler à l'isolement lui-même, et pas seulement au manque de drogue.

Section 5 — Référence génétique croisée

Gène	Ce qu'il régit	Pertinence de la récupération aux opioïdes
OPRM1 (A118G)	Structure du récepteur mu-opioïde — le récepteur principal sur lequel agissent tous les opioïdes	Le gène le plus important de tout ce guide. Les porteurs de l'allèle G ont une affinité de liaison réduite des récepteurs — ce qui signifie qu'ils ont eu moins d'analgésie et moins de récompense avec les doses standard, ce qui fait partie de ce qui a conduit à l'escalade. Cette liaison réduite signifie également moins de récompense médiée par les endorphines provenant de sources naturelles (exercice, connexion, rire), raison pour laquelle l'architecture de récompense naturelle peut prendre plus de temps à sembler satisfaisante pour ce profil. Point critique : les porteurs de l'allèle G montrent une réponse mesurablement plus forte à la naltréxone — ceci est une information directement exploitable pour le choix du traitement qu'il faut communiquer au prescripteur.
CYP2D6	Métabolise la codéine, le tramadol et de nombreux autres opioïdes dans leurs formes actives ou inactives	Les métaboliseurs lents ont peu ou pas d'effet du codéine ou du tramadol, ce qui peut entraîner une augmentation de la dose dans la poursuite d'un effet que ce médicament spécifique ne produira jamais pour eux. Les métaboliseurs ultra-rapides convertissent le codéine en morphine dangereusement vite — un mécanisme documenté de mortalité même à des doses prescrites standard. Affecte également le métabolisme du buprenorphine directement pertinent pour le dosage MAT.
CYP3A4	Métaboliseur primaire de fentanyl, oxycodone, méthadone et buprénorphine	Le gène pharmacocinétique dominant pour les opioïdes que la plupart des personnes en rétablissement naviguent, y compris les médicaments MAT primaires. L'inhibition du CYP3A4 — due à la génétique ou aux interactions médicamenteuses (certains antibiotiques, antifongiques, même le pamplemousse) — peut provoquer une accumulation

Gène	Ce qu'il régit	Pertinence de la récupération aux opioïdes
		dangereuse de ces médicaments. Les inducteurs du CYP3A4 peuvent précipiter un sevrage MAT en éliminant le médicament trop rapidement. Informez chaque prescripteur de chaque médicament.
ABCB1 (P-glycoprotéine)	Transport de médicaments à travers la barrière hémato-encéphalique	Les variants affectent la quantité d'opioïde qui traverse le cerveau à partir d'une dose donnée — certains variants permettent une plus grande pénétration du SNC, produisant des effets plus forts à partir de doses identiques et accélérant plausiblement le développement de la dépendance. Cela affecte également la concentration cérébrale de buprenorphine et de méthadone, ce qui est pertinent pour l'optimisation du traitement de substitution aux opioïdes (TSO).
DRD2 (Taq1A, allèle A1)	Densité du récepteur D2 de la dopamine	Réduction de la densité des récepteurs d'environ 30 % chez les porteurs A1 — Syndrome de Déficience de Récompense. Lorsqu'il est combiné avec l'allèle G de OPRM1, il produit un déficit composé du système de récompense affectant simultanément les voies de récompense opioïdes et dopaminergiques — l'un des profils de plus haute complexité dans cette série.
COMT	Clairance de la dopamine et traitement des signaux de douleur	Pertinent spécifiquement pour toute personne dont l'usage d'opioïdes a commencé avec un traitement de la douleur légitime — les variants COMT affectent la sensibilité à la douleur de base indépendamment de l'exposition aux opioïdes, ce qui signifie qu'une douleur sous-traitée pourrait toujours nécessiter sa propre piste de gestion dédiée (Section 6) même une fois que la dépendance aux opioïdes elle-même est abordée.
MTHFR	Méthylation — synthèse des neurotransmetteurs	Déficits de synthèse basaux de dopamine et de sérotonine que les opioïdes ont pu compenser partiellement. Le soutien en 5-MTHF est fondamental, pas optionnel, dans cette récupération.

Gène	Ce qu'il régit	Pertinence de la récupération aux opioïdes
GABRA2	Sous-unité alpha-2 du récepteur GABA-A — tonus inhibiteur de base	Pas le gène opioïde primaire, mais un facteur aggravant réel, pour deux raisons : c'est la même architecture GABA sous-jacente au schéma d'utilisation conjointe opioïdes-benzodiazépines ou opioïdes-alcool (chaque substance ciblant un système de récepteurs différent pour un problème d'anxiété/d'inhibition connexe), et il entraîne le profil combiné spécifique détaillé ci-dessous.

Comment le statut de la COMT change ce que les opioïdes font réellement ressentir.

Le COMT régit la rapidité avec laquelle la dopamine et les produits chimiques du stress sont éliminés, et cette vitesse d'élimination façonne ce que les opioïdes font réellement pour une personne donnée — pas seulement combien elle en utilise, mais pourquoi l'effet a semblé nécessaire au départ.

Profil COMT	Ligne de base avant les opioïdes	Quels opioïdes spécifiquement fournis
Val/Val (« Guerrier») — clairance rapide, ton dopaminergique de base plus faible	Souvent sous-stimulé au repos ; attiré par l'intensité et la nouveauté même sans aucune substance impliquée.	Les opioïdes ont procuré un type de soulagement différent de celui pour d'autres profils — moins « enfin, calme » et plus « enfin, assez confortable pour arrêter de courir après l'intensité ». Ce profil est quelque peu moins courant dans la dépendance pure aux opioïdes que dans la dépendance aux stimulants, mais lorsqu'il est présent, le rétablissement nécessite des exutoires authentiques à haute intensité, pas seulement un travail axé sur le calme.
Mét/Mét (« Anxieux » / « Sage ») — clairance lente, tonalité de base du stress chimique plus élevée	Souvent anxieux ou surstimulé au repos ; le système nerveux a tendance à être en état d'alerte même avant toute consommation de substances.	Ceci est le profil de récupération aux opioïdes le plus courant. La suppression de l'axe HPA des opioïdes (tableau génétique de la section 5) répond directement à un système de stress chroniquement hyperactif — le soulagement n'est pas seulement un confort physique, c'est la première fois qu'un système nerveux déjà en ébullition a pu se calmer complètement. C'est aussi le profil où le rebond de l'axe HPA décrit ailleurs dans ce guide frappe le plus fort, car il

Profil COMT	Ligne de base avant les opioïdes	Quels opioïdes spécifiquement fournis
		y a plus d'activité chimique de stress de base pour basculer en surrégime.
Hétérozygote (Val/Met)	Une ligne de base intermédiaire entre les deux profils ci-dessus.	Souvent un mélange — une recherche de soulagement physique authentique, une recherche de soulagement du système de stress — sans que l'un ni l'autre ne soit aussi extrême que les profils homozygotes.

GABRA2 et le « schéma dépressif anxieux »

Il vaut mieux nommer directement ceci plutôt que de laisser GABRA2 comme une note de bas de page mineure dans le tableau ci-dessus. La propre Matrice Gène-Substance de votre Compendium identifie un profil combiné spécifique — risque élevé GABRA2 plus COMT Met/Met — comme le « Schéma dépressif anxieux », pertinent pour l'alcool, les benzodiazépines et les opioïdes : capacité d'autoapaisement compromise (COMT) empilée sur un ton inhibiteur compromis (GABRA2), produisant la progression documentée la plus rapide vers la dépendance de tout profil combiné dans cette matrice.

⚠ ATTENTION

Si cette combinaison s'applique à vous, deux choses méritent d'être connues clairement. Premièrement, cela fait partie de la raison pour laquelle l'usage polysubstance — opioïdes plus une benzodiazépine ou de l'alcool — est un schéma si courant pour ce profil spécifique : l'opioïde répond au côté système de stress et soulagement de la douleur, tandis que la substance ciblant le GABA répond séparément au côté freins sous-alimentés, et aucun des deux ne couvre entièrement ce que fait l'autre. Deuxièmement, cela signifie que la guérison pour ce profil nécessite réellement que les deux systèmes soient abordés ensemble — le travail axé sur les opioïdes dans ce guide, et le travail axé sur le GABA dans les guides Benzodiazépine ou Alcool du Recovery Kernel si l'une ou l'autre substance faisait également partie du schéma — plutôt que de traiter la dépendance aux opioïdes comme l'image entière.

Phénotypage sans résultats de tests

- Les opioïdes vous ont procuré un soulagement de la douleur que rien d'autre n'a pu offrir, même à des doses que d'autres trouvaient suffisantes ? → Allèle OPRM1 G ou variante ABCB1 possible. Le dépistage CYP2D6 mérite d'être priorisé.
- Les opioïdes vous ont fait sentir normal, connecté et à l'aise d'une manière qu'aucune autre chose n'a accomplie ? → Forte implication de OPRM1 et un déficit probable du système endorphine. Le travail sur les liens sociaux (Section 9) est central, pas supplémentaire, pour votre rétablissement.

- Votre utilisation a-t-elle commencé par un traitement de la douleur légitime ? → Les variants de sensibilité à la douleur du COMT peuvent être pertinents. Une douleur insuffisamment traitée nécessite son propre axe de traitement parallèle — voir Section 6.
- Un vide de base ou une anhédonie est-ce votre expérience persistante, indépendamment de l'usage d'opioïdes ? → Probablement déficit en DRD2 plus implication de MTHFR. Le soutien dopaminergique est une haute priorité.

Section 6 — Populations spéciales

Situation	Ce qui fait la différence
La douleur chronique comme point d'entrée	Pour une partie importante des personnes en rétablissement de l'usage d'opioïdes, la douleur chronique réelle était la condition initiale et reste une condition réelle et persistante. Reconnaître la vulnérabilité génétique qui a conduit à la dépendance ne signifie pas que la douleur elle-même n'était jamais réelle, et elle ne disparaît pas lorsque l'opioïde disparaît. Cette population a besoin d'un parcours de gestion de la douleur parallèle au parcours de rétablissement, et non remplacé par lui — physiothérapie, gestion de la douleur sans opioïdes, et dans certains cas du buprenorphine spécifiquement prescrit pour la douleur (une indication légitime et distincte de son rôle dans le MTO pour la dépendance) indéfiniment parallèlement au travail de rétablissement. Une douleur non gérée est l'un des voies prévisibles de retour à l'usage d'opioïdes dans ce guide.
Approvisionnement contaminé au fentanyl	L'approvisionnement actuel illicite en opioïdes et, de plus en plus, en stimulants illicites et pilules contrefaites est largement contaminé par la fentanyl, qui est dramatiquement plus puissante que l'héroïne ou les opioïdes sur ordonnance en poids. Quelqu'un ayant une tolérance basée sur l'héroïne ou des pilules n'a aucune protection fiable contre un lot contaminé à la fentanyl — le différentiel de puissance peut être fatal à une dose qui aurait été insignifiante avec la substance qu'ils pensaient utiliser. Les bandelettes de test pour fentanyl (disponibles auprès de la plupart des organisations de réduction des risques) et l'accès au naloxone ne sont pas des précautions optionnelles pour quiconque utilise actuellement des opioïdes — ce sont un équipement de sécurité de base, la même catégorie comme le cadre d'extincteur de la section 0.
Voie IV/injection spécifiquement	Porte les risques supplémentaires documentés dans le guide Oreilles, Yeux et Dents du Recovery Kernel — infection au site d'injection, endocardite, hépatites C et B, et VIH. Un dépistage de base des infections transmises par le sang est un soin médical approprié en phase de rétablissement, pas une accusation — et le traitement moderne de l'hépatite C est curatif dans la grande majorité des cas, quelle que soit la durée de l'infection.

Le paysage du remplacement et du sevrage progressif

Pour toute personne réduisant progressivement un opioïde sur ordonnance spécifiquement, la substance elle-même modifie l'apparence de la réduction. Ceci est une vue d'ensemble du paysage, pas un calendrier de dosage individuel — les chiffres exacts nécessitent un médecin qui connaît le patient spécifique, la dose actuelle et la durée. Ce qui suit constitue le cadre à apporter dans cette conversation.

Substance	Ce qui rend le sevrage complexe	L'approche générale
Fentanyle (patch ou illicite)	Une puissance extrême signifie que même de petites réductions en pourcentage représentent de grands changements absolus ; la forme de patch transdermique ajoute une variabilité d'absorption (la chaleur, l'état de la peau et le placement du patch affectent tous l'administration) au-dessus de la pharmacologie elle-même.	Les paliers de diminution des patchs passent généralement à la force de patch suivante la plus basse sur un intervalle prolongé (couramment toutes les 2 à 4 semaines, en suivant le même principe basé sur pourcentage utilisé tout au long de cette bibliothèque), parfois avec un pont oral pour combler l'écart entre les forces de patch. Le sevrage de fentanyl illicite est rarement effectué par une réduction directe de patch à patch — cela nécessite généralement d'abord de convertir vers une forme mesurable et prescrivable (voir MAT, Section 8).
Oxycodone ER (OxyContin) et autres opioïdes oraux à libération prolongée	Le mécanisme à libération prolongée signifie qu'une réduction de dose modifie à la fois l'effet de pointe et la durée de couverture — une coupe qui semble petite sur le papier peut produire un manque de couverture qui semble beaucoup plus grand.	Réduction progressive de la dose à libération prolongée, généralement de 10 à 25 % toutes les 1 à 4 semaines en fonction de la durée d'utilisation et de la gravité, parfois avec une formulation à action courte disponible pour les symptômes aigus pendant la transition — une décision du médecin prescripteur, non une addition autodirigée.
Hydromorphine (Dilaudid)	Une demi-vie courte et une haute puissance par rapport à la morphine signifient que le début du sevrage est plus rapide et plus concentré qu'avec les opioïdes à action prolongée, de forme similaire au problème de demi-vie courte documenté pour la venlafaxine dans le guide SSRI/SNRI.	Souvent converti (rotaté) en un opioïde à action prolongée en premier lieu spécifiquement pour rendre le sevrage lui-même plus gérable, plutôt que de sevrer directement la forme à courte durée d'action — cette conversion est une véritable technique clinique, pas un contournement, et doit être gérée par un médecin étant donné les calculs de

Substance	Ce qui rend le sevrage complexe	L'approche générale
		puissance impliqués.
Tapentadol (Nucynta)	Un mécanisme véritablement différent des autres dans ce tableau — action double en tant qu'agoniste mu-opioïde et inhibiteur de la recapture de la norépinéphrine. Ce second mécanisme signifie que certaines personnes le tolèrent mal pour des raisons qui n'ont rien à voir avec la sensibilité aux récepteurs opioïdes : l'activité norépinephrinergique ajoutée peut provoquer anxiété, nervosité ou une fréquence cardiaque élevée, en particulier chez quiconque présente déjà un niveau de base élevé d'éveil (le profil COMT Met/Met dans le tableau de la Section 5 mérite d'être considéré ici spécifiquement).	Si le tapentadol n'était pas bien toléré, c'est une information vraiment utile pour un prescripteur — cela pourrait indiquer que le mécanisme double plutôt que le dosage d'opioïdes lui-même est la source du problème, et orienter vers un choix de médicament entièrement différent plutôt qu'un simple changement de dose du même.

Le substitut sans opioïdes de la pharma : Gabapentine et Prégabaline

Un schéma de prescription courant mérite le même traitement direct que ce que cette bibliothèque donne déjà ailleurs : la gabapentine et la prégabaline sont fréquemment proposées spécifiquement pour éviter de prescrire un opioïde, ou pour soutenir une diminution progressive d'opioïdes en couvrant une partie du composant de douleur nerveuse. Cela peut être un outil légitime et utile. Il peut aussi devenir sa propre prescription non justifiée et indéfinie si personne ne suit de date de sortie.

⚠ ATTENTION

Le matériel propre au Recovery Kernel sur les gabapentinoïdes s'applique directement ici : on reconnaît de plus en plus qu'ils comportent un risque réel de dépendance et de sevrage, y compris un risque de crise convulsive à fortes doses interrompues brutalement, malgré le fait qu'ils aient été prescrits historiquement comme s'ils étaient sans risque. Si la gabapentine ou la prégabaline était proposée comme alternative aux opioïdes, les mêmes questions de responsabilité que celles de la Section sur les médicaments substituts de cette bibliothèque s'appliquent : quelle est la date de sortie ou le point de révision indiqué, s'agit-il d'un pont à durée limitée ou d'un maintien sans fin, et à quoi ressemblerait un sevrage de ce médicament spécifique s'il doit prendre fin. Un médicament qui a évité une dépendance le risque n'est pas automatiquement exempt de risque de dépendance en soi.

Aborder la cause sous-jacente, pas seulement le sevrage

Pour la population significative de la Section 6 dont l'usage d'opioïdes a commencé par une douleur réelle, le sevrage lui-même est nécessaire mais incomplet — selon le cadrage des Sections 1 et 6, une douleur non gérée est l'une des voies les plus prévisibles pour un retour à l'usage d'opioïdes de tout ce guide. Résoudre quelle est la nature exacte de la douleur et la traiter directement n'est pas un ajout agréable parallèle. C'est une partie requise pour que le sevrage tienne.

- Une évaluation de la source réelle de la douleur — imagerie, référence à un spécialiste ou toute autre étape diagnostique qui n'a pas encore eu lieu — plutôt que de continuer à traiter uniquement le symptôme indéfiniment.
- La physiothérapie et la gestion de la douleur pharmacologique non opioïde, menées par un spécialiste de la douleur en collaboration avec le médecin responsable du sevrage.
- La thérapie par perfusion de kétamine — une option réelle et établie pour certaines affections chroniques douloureuses réfractaires (syndrome douloureux régional complexe, fibromyalgie et certaines formes de douleur neuropathique), administrée sous forme de perfusion subanesthésique dans un cadre clinique surveillé, distinct du cadrage de soutien à l'arrêt donné à la kétamine ailleurs dans cette série. Il vaut la peine d'en parler directement avec un spécialiste de la douleur si les options non opioïdes standard n'ont pas été suffisantes.

SANCTUAIRE

Si personne n'a jamais réellement diagnostiqué pourquoi la douleur existe — n'ayant fait que traiter le fait qu'elle existe — cela mérite d'être énoncé clairement à un médecin. Réduire progressivement le médicament qui gérait un problème non identifié, sans poursuivre également ce qu'est réellement le problème, est exactement le piège que ce guide essaie d'aider à éviter.

Section 7 — Utilisation de la classification des motifs

Niveau	Motif	Risque	Posture
1 — Prescrit, à court terme, sans escalade	Une ordonnance légitime utilisée comme indiqué, pour une durée limitée	Faible, mais pas nul : la dépendance physique peut commencer dans les 1 à 2 semaines d'utilisation régulière même sans mésusage.	Un sevrage planifié avec le médecin prescripteur, plutôt qu'un arrêt brutal, reste le défaut le plus sûr même à ce niveau.

Niveau	Motif	Risque	Posture
2 — Prescrit, à plus long terme, ou légère escalade	Utilisation régulière au-delà de la durée initialement prescrite, ou augmentation progressive de la dose pour maintenir le même effet	Modéré — une dépendance physique est probablement établie	Un sevrage supervisé est important ici ; l'arrêt brutal risque un sevrage significatif, et c'est exactement la population pour laquelle une discussion sur le MARD, même à court terme, vaut d'être menée de manière proactive.
3 — Utilisation régulière non prescrite ou significativement accrue	Utiliser plus que prescrit, utiliser le médicament de quelqu'un d'autre ou l'utilisation illicite régulière sans dosage quotidien continu.	Haut	Une implication médicale est fortement conseillée avant toute tentative d'arrêt. Le MAT devrait faire partie intégrante de cette conversation, et non être un dernier recours.
Dépendance, usage quotidien y compris pour éviter le sevrage	Utilisation quotidienne ou quasi quotidienne, y compris l'utilisation spécifiquement pour prévenir les symptômes de sevrage plutôt que pour effet	Sévère — ce protocole de MAT et de désintoxication de la section 8 est écrit pour	Ne pas tenter d'arrêt sans surveillance. L'avertissement de rechute/surdose de la section 0 s'applique avec toute sa force à cette population spécifiquement.

Section 8 — Traitement assisté par médicaments et sevrage

Médicament	Mécanisme	Notes cliniques
Buprenorphine (Suboxone, Subutex, Sublocade)	Agoniste opioïde partiel — active le récepteur suffisamment pour prévenir les symptômes de sevrage et les envies, avec un effet plafond qui limite le risque de surdose par rapport aux agonistes complets	Nécessite que la personne soit déjà en sevrage léger à modéré avant la première dose (pour éviter le sevrage précipité). Peut être prescrit dans un cadre de cabinet médical par des professionnels formés, ce qui améliore significativement l'accès par rapport au modèle clinique de la méthadone.
Méthadone	Agoniste opioïde complet, à longue durée d'action — stabilise l'activité des récepteurs sans les pics et	Nécessite un dosage quotidien dans un programme de traitement des opioïdes agréé dans la plupart des cas, au moins initialement.

Médicament	Mécanisme	Notes cliniques
	creux des opioïdes à action plus courte.	Base de preuves solide, particulièrement pour une dépendance de sévérité plus élevée ou de plus longue durée. Le statut CYP3A4 (Section 5) affecte le dosage.
Naltrexone (oral ou Vivitrol à libération prolongée)	Antagoniste des récepteurs opioïdes — bloque le récepteur entièrement plutôt que de l'activer, ne produisant aucun effet opioïde et bloquant l'effet de tout opioïde utilisé par-dessus.	Nécessite une détoxification complète (généralement 7 à 10 jours sans opioïdes) avant de commencer, car cela précipitera un sevrage sévère si des opioïdes sont encore actifs dans le système. Les porteurs de l'allèle G OPRM1 (Section 5) montrent une réponse notablement plus forte — une information de sélection de traitement véritablement utile et exploitable.

LE CENTURION

La sélection de MAT est une décision clinique réelle qui bénéficie directement des informations génétiques de la Section 5 — apportez-la à celui ou celle qui gère cela avec vous.

Section 9 — Le Protocole de Récupération

Niveau 1 — Fondation biologique (Dès le Jour 1)

Soutien	Rôle
DLPA (DL-Phénylalanine)	Soutien précurseur du système endorphine — commencer Jour 1 si alimentation.
NAC (600 mg deux fois par jour)	Homéostasie du glutamate et réduction des fringales.
5-MTHF	Soutien fondamental de la méthylation et de la synthèse des neurotransmetteurs.
Glycinate de magnésium	Soutien général du système nerveux et sommeil.
Oméga-3 (dominé par l'EPA)	Soutien neurologique général pendant une période de reconstruction systémique significative.

Niveau 2 — Médical

- MAT selon la section 8, comme intervention médicale principale, et non un complément.
- Parcours de gestion de la douleur (Section 6) exécuté en parallèle si une douleur chronique est présente — ceci n'est pas optionnel pour cette population.

- Dépistage et traitement de l'infection par Bloodborne en cas d'antécédents d'utilisation d'injections (Section 6).

Un outil pratique à faible coût : le dispensage à temps bloqué

Il vaut la peine d'en parler directement car c'est peu coûteux, réellement utile et rarement mentionné dans le matériel de rétablissement : des coffres à médicaments à verrouillage temporel existent spécifiquement pour des situations comme un sevrage progressif (taper), où l'objectif est un accès contrôlé et programmé plutôt qu'un accès total ou aucun accès du tout. Une personne de confiance — un partenaire, un membre de la famille ou autre superviseur — charge les doses selon le calendrier de sevrage établi avec le médecin prescripteur, et l'appareil ne s'ouvrira physiquement qu'au moment prévu, quelle que soit l'état émotionnel de la personne prenant le médicament sur le moment. Cela répond directement au même mécanisme d'accès et de friction nommé ailleurs dans la série de désuétude de cette bibliothèque : supprimer la capacité d'agir sur une impulsion de prendre une dose précoce ou supplémentaire est en soi une forme réelle et physique de soutien, pas seulement symbolique.

⚠ ATTENTION

Les avertissements standards s'appliquent, et ils sont importants : ceci est un outil de soutien, pas un substitut au plan de diminution médicale lui-même, ni un substitut au MAT ou à la surveillance médicale lorsque ceux-ci sont indiqués. Il nécessite un superviseur véritablement digne de confiance et constamment disponible — l'outil ne fonctionne pas si la personne qui le contrôle n'est pas fiable, et il peut devenir une source de conflit ou de ressentiment s'il est introduit sans une conversation honnête sur les raisons. Il ne prévient pas qu'une personne obtienne des médicaments ou des substances en dehors du dispositif entièrement, il aborde donc un risque spécifique (redoser impulsivement le médicament de diminution) plutôt que Le tableau complet. La plupart des modèles ont une forme de commande d'urgence — sachez ce que c'est et qui la contrôle avant de vous fier au dispositif. Et cela ne devrait jamais être la seule mesure de sécurité en place pour quiconque dans les classifications à plus haut risque de la Section 7 — c'est un soutien pratique parallèlement aux soins médicaux, pas un remplacement.

Sur les substances d'origine illicite : pourquoi « juste tenir jusqu'à la fin du sevrage » est un danger en soi

Ceci mérite un traitement direct et sérieux plutôt qu'une simple mention, car le risque est catégoriquement différent de tout autre élément de ce guide. Un médicament provenant d'une pharmacie agréée possède une chaîne de traçabilité documentée — fabriqué dans des conditions réglementées, vérifié en dose et en composition, traçable à chaque étape de la production jusqu'au flacon en main. Une substance obtenue en dehors de ce système n'en a aucune. Pas de papiers, pas de certificat d'origine, pas de vérification de ce qu'il y a réellement dedans, aucun moyen de savoir ce qu'il a traversé ou avec quoi il a été combiné avant

d'atteindre la personne qui le prend. Ceci n'est pas un jugement moral sur le choix de le rechercher — c'est un fait physique concernant l'objet lui-même qui importe, quelle que soit la raison pour laquelle quelqu'un l'a recherché.

URGENCE MÉDICALE

Ceci n'est pas un risque abstrait. Selon la Section 6, l'approvisionnement illicite actuel en opioïdes — et de plus en plus l'approvisionnement général illicite et contrefait en pilules — est largement contaminé par le fentanyl, qui est suffisamment puissant en poids pour qu'une dose létale puisse être présente sans aucune différence visible, perceptible ou détectable par rapport à une version non contaminée. Quelqu'un comblant un manque pendant un sevrage, ou cherchant un soulagement des symptômes de sevrage en dehors des canaux médicaux, en utilisant ce qui est disponible dans la rue ou provenant d'une source non vérifiée, ne prend pas la même catégorie de décision que de continuer un médicament sous surveillance. C'est une décision prise avec zéro information sur ce qui est réellement consommé. Les bandelettes de test au fentanyl et le naloxone (Section 0, Section 6) réduisent mais n'éliminent pas ce risque — la seule façon de l'éviter complètement est de ne pas utiliser de source non vérifiée du tout, c'est exactement pourquoi les parcours médicaux et MAT dans la Section 8 existent comme voie recommandée via un sevrage, aussi difficile que puisse être d'y accéder.

Niveau 3 — Système Nerveux et Architecture des Endorphines (Mois 1-12, la phase centrale)

- Exercice vigoureux quotidien — le principal moteur d'endorphines disponible sans médicaments, et la recommandation la plus constante de tous les guides de cette série.
- Communauté et connexion véritables — non incidentelles, mais structurelles, étant donné la manière dont le système des récepteurs opioïdes médie directement la récompense de l'attachement social (Section 5).
- L'exposition au froid, le rire et la musique — chacun avec de réels effets activateurs d'endorphines, bien que plus modestes, qui valent la peine d'être combinés.

SANCTUAIRE

L'architecture des endorphines se reconstruit par une pratique quotidienne constante sur plusieurs mois, et non par des efforts épisodiques. Ce n'est pas une critique de quiconque a eu du mal à la maintenir — c'est la forme honnête de ce que cette récupération exige réellement, en accord avec le calendrier réaliste de la Section 3.

Ajout émergent : l'ocytocine et le réinitialisation de l'axe HPA

Cette section existe parce que votre propre Livre principal y consacre un chapitre entier, et elle mérite une place honnête et correctement nuancée ici plutôt que

d'être omise. Le mécanisme qu'elle aborde est réel et déjà nommé ailleurs dans ce guide : les opioïdes suppriment l'axe HPA tant qu'ils sont utilisés, et lorsqu'ils sont retirés, ce système supprimé ne revient pas doucement à la ligne de base — il rebondit, souvent en dépassant considérablement cette ligne. Le cortisol inonde, l'amygdale surchauffe, et le système nerveux signale une urgence existentielle sans cause externe. C'est la raison physiologique pour laquelle sevrage aux opioïdes peut ressembler à mourir même lorsque ce n'est pas médicalement dangereux (Section 0) — la sensation ressentie est un rapport précis d'un système de stress réellement surchargé, et non une réaction irrationnelle.

⚠ ATTENTION

L'ocytocine est un antagoniste direct de la cascade de libération du cortisol — il inhibe l'axe HPA, fonctionnant comme un véritable interrupteur d'alarme que les opioïdes gardaient silencieux. Votre propre matériel source est explicite et mérite d'être répété avec la même franchise : ce protocole est expérimental, n'est pas approuvé par la FDA pour le traitement de l'addiction, et est actuellement utilisé par un petit nombre de cliniques avant-gardistes et d'individus éclairés travaillant à la frontière de la science de la récupération. Il appartient à ce guide en tant que mécanisme réel documenté qu'il vaut la peine de connaître — non pas comme une intervention auto-dirigée. Toute personne qui envisage cela devrait le faire avec un psychiatre ou médecin en médecine de l'addiction activement impliqué, le même standard que cette série a maintenu pour toute autre addition de niveau émergent.

Pratiquement, il s'agit de la même catégorie d'addiction que le matériel d'ocytocine intranasal déjà documenté ailleurs dans la série de déscontinuation du Recovery Kernel pour les benzodiazépines — le mécanisme (amortissement de l'axe HPA) est le même, et la précaution appropriée est la même : réelle, digne d'une conversation avec un spécialiste, pas encore un outil standard de soins.

Section 10 — Reconnaissance d'urgence, reformulée

URGENCE MÉDICALE

APPELER LE 112 ET UTILISER DU NALOXONE SI DISPONIBLE EN CAS DE : respiration lente, superficielle ou arrêtée — lèvres ou bouts de doigts bleus ou gris — inconscience — bruits de gargouillement ou d'étouffement. Ceci s'applique avec une force particulière après toute période de réduction d'usage ou d'abstinence, étant donné le mécanisme de tolérance perdue dans la Section 0, et avec contamination à la fentanyl (Section 6) comme couche de risque supplémentaire imprévisible sur tout opioïde provenant de sources illicites.

Section 11 — Carte de Référence Complète du Protocole Croisé

Référence	Ce qu'il offre
Recovery Kernel Guide sur les opioïdes, Section 3	Le cadre complet de Mère-Adolescent (MAT) et de désintoxication résumé dans la Section 8 de ce guide.
Recovery Kernel Guide de fentanyl	Détails spécifiques de contamination pour la section 6 — bandelettes de test, accès au Naloxone et la pharmacocinétique spécifique du fentanyl par rapport aux autres opioïdes.
Guide des oreilles, des yeux et des dents du Recovery Kernel, Section 5	Détails complets sur le risque d'infection lié aux injections mentionné dans la section 6.
Protocole Compendium 14 (Gestion de la douleur)	Le parcours parallèle de gestion de la douleur mentionné à la section 6 pour toute personne dont l'usage d'opioïdes a commencé par un traitement de la douleur légitime.
Protocole Compendium 05 (Redesign Environnemental)	Protocole de plus haute priorité pour cette récupération spécifique — le craving déclenché par des indices est le mécanisme de rechute principal dans la récupération aux opioïdes, plus que pour la plupart des autres substances de cette série.
Matrice Gène-Substance du Compendium, Annexe A	Le mappage direct du protocole-code derrière la génétique de la Section 5 : GABRA2 + COMT Met/Met ('Pattern dépressif anxieux') correspond à P06, P09, P10, P21 ; GABRA2 seul correspond à P01, P06, P20 ; GABRA2 + MTHFR ('Pattern impulsif déficitaire') correspond à P06, P07, P11, P21. Croisez directement cet appendice si un panel génomique complet est disponible.
Recovery Kernel Livre Principal, Section 8 (Protocole d'Ocytocine)	Le chapitre source complet derrière l'Ajout Émergent de la Section 9 — détail du mécanisme complet, et les mêmes mises en garde d'utilisation expérimentale répétées dans ce guide.
Protocole Compendium 20, 21, C-28 (Architecture d'Identité)	Approprié à commencer autour des mois 1-6 (Section 2), pas avant — reconstruire une identité séparée de l'historique de consommation.
Recovery Kernel Traumatisme Complexe et la Connexion aux Substances	Le trouble de l'usage d'opioïdes commence fréquemment dans des conditions de grande adversité ; le travail spécifique au traumatisme ne doit pas commencer avant que la stabilité biologique et MAT ne soient établies — le calendrier est aussi important ici que n'importe où dans cette série.

Section 12 — Conclusion

SANCTUAIRE

Le rétablissement de l'usage des opioïdes est l'un des rares domaines de la médecine de l'addiction qui dispose d'une base de preuves véritablement solide et bien établie pour son traitement le plus efficace — le MAT sauve des vies, de manière répétée et mesurable. L'utiliser n'est pas une forme de rétablissement moindre. Les systèmes endorphiniques et les récepteurs occupés par les opioïdes peuvent et se reconstruisent, sur un calendrier réel, que ce rétablissement comprenne ou non un traitement médicamenteux continu. Ce qui compte le plus, selon la Section 0, est de survivre à la période où la tolérance et l'attente sont désynchronisées — tout le reste de ce guide existe pour vous faire passer sainement au-delà de ce point.

FIN DU GUIDE — PROTOCOLE DE SEVENIR : OPIOÏDES

Ressource de réduction des risques — Pas un avis médical — Pas un substitut aux soins d'urgence

Crisis Resources: 988 (Suicide & Crisis Lifeline, call or text) | SAMHSA: 1-800-662-4357